

Asthme professionnel

Dominique Choudat *

L'asthme allergique professionnel est caractérisé par des crises dyspnéiques paroxystiques avec sibilances, une obstruction bronchique variable, et une hyperréactivité bronchique non spécifique dues à des causes et à des situations attribuables à un environnement professionnel particulier.¹ Les mécanismes physiopathologiques de l'asthme allergique professionnel sont identiques à ceux des asthmes et allergies médiés par des immunoglobulines E spécifiques (IgE). L'asthme allergique professionnel doit être distingué de l'asthme aggravé par le travail, défini comme un asthme dont les manifestations sont exacerbées mais non induites par l'exposition aux nuisances professionnelles, des asthmes de mécanisme non allergique et du syndrome de Brooks, asthme avec hyperréactivité bronchique dû à une exposition aiguë à des substances irritantes. C'est une maladie respiratoire fréquente qui peut être induite par de nombreux allergènes professionnels, avec une incidence très variable selon la nature des allergènes et le niveau d'exposition, selon les mesures de protection mises en place... L'incidence réelle est sous-estimée par méconnaissance du facteur professionnel, et par sous-déclaration auprès des organismes de couverture sociale ; les mesures transversales de prévalence dans des groupes exposés sont biaisées par des phénomènes d'orientation professionnelle et de sélection lors des premières années de travail.² Or les conséquences de l'asthme allergique professionnel peuvent être importantes, car, si les expositions ne sont pas contrôlées, les troubles peuvent s'aggraver, voire imposer des mesures de reclassement professionnel. Les conséquences socioprofessionnelles sont donc très variables d'un sujet à l'autre, mais elles sont loin d'être toujours compensées par la reconnaissance en maladie professionnelle (indemnités journalières, taux d'incapacité permanente...).

* Faculté de médecine Paris-Descartes, service de pathologie professionnelle, AP-HP, hôpital Cochin, 75014 Paris.
dominique.choudat@cch.aphp.fr ;



Sur www.larevuedupraticien.fr

Cliquez sur le sommaire interactif du numéro et consultez les 8 fiches pratiques de la SPLF *Asthme professionnel* pour les médecins généralistes.

En pratique, en cas d'asthme, il faut toujours faire préciser les activités professionnelles et les expositions potentielles et rechercher une association temporelle entre les symptômes et les activités professionnelles. En cas de doute, contacter le médecin du travail ou une consultation spécialisée dans les pathologies professionnelles pour confirmer le diagnostic et envisager la prise en charge optimale tant médicale que sociale (éventuelle déclaration en maladie professionnelle, limitation des expositions, reclassement).

Diagnostic de l'asthme

Le diagnostic d'asthme, suspecté devant des crises dyspnéiques avec sibilances, doit être rapidement confirmé par des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR) afin d'objectiver un syndrome obstructif réversible et/ou une hyperréactivité bronchique non spécifique à la méthacholine*. En effet, en cas d'asthme professionnel, la caractérisation des troubles ventilatoires par des EFR est indispensable pour la reconnaissance en maladie professionnelle, or ils peuvent s'estomper à distance des expositions.

Diagnostic de l'origine professionnelle

Le lien entre l'exposition professionnelle et les troubles respiratoires peut être suspecté sur plusieurs arguments.

Nature de l'activité

Elle est parfois évocatrice, car elle comporte habituellement des expositions à un allergène professionnel (farines chez les boulangers, isocyanates chez certains peintres au pistolet...).

Mais la ou les substances ne sont pas toujours bien identifiées par les patients eux-mêmes ; les expositions peuvent être multiples avec des associations de produits ; des facteurs non spécifiques tels que des irritants peuvent aggraver un asthme préexistant. Dès lors, il est utile de contacter le médecin du travail pour avoir des informations complémentaires sur les expositions potentielles, leur nature et leur intensité et sur les possibilités de prévention.

Chronologie des symptômes

Parfois, la crise d'asthme ou de rhinite survient au décours immédiat de l'exposition, ce qui facilite l'établissement d'un lien causal. Souvent, on ne retrouve qu'une association chronologique avec des périodes d'amélioration pendant les périodes de repos hebdomadaires et/ou les congés annuels et d'aggravation pendant les périodes d'activité.

Bilan allergologique

La recherche d'une sensibilisation à un allergène professionnel, médiée par des IgE spécifiques, est indispensable, mais elle n'est pas toujours réalisable ni pertinente pour les allergènes de bas poids moléculaire. Elle peut être démontrée par la positivité des tests cutanés (*prick tests*) ou le dosage sérique des IgE spécifiques.

Mesures répétées de la fonction respiratoire

Les variations de la fonction respiratoire peuvent être mesurées par des enregistrements itératifs des débits aériens en période d'activité professionnelle comparativement à des périodes d'éviction.

Tests de provocation bronchique spécifiques en milieu hospitalier

Ces tests permettent d'objectiver des modifications de la fonction respiratoire après inhalation de l'agent présumé responsable de l'asthme. Plusieurs méthodes sont utilisées pour l'inhalation : la reproduction du geste professionnel ou une exposition par simple transvasement, l'utilisation d'un générateur d'aérosol avec mesure de la dose inhalée d'allergène.

Après avoir vérifié l'absence de variations

* http://www.splf.org/s/spip.php?article21&var_recherche=asthme%20professionnel

►► significatives du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) lors d'un test avec un placebo (lactose), le critère de positivité du test généralement retenu est une diminution du VEMS de plus de 20 % par rapport à sa valeur initiale. Il a été également proposé de prendre en considération, soit une variation significative de la fonction respiratoire par rapport au test au lactose, ³ soit l'augmentation significative de la réactivité bronchique non spécifique, lorsqu'il n'est pas observé de chute des débits expiratoires.

Traitement

Outre le traitement médical habituel, la limitation des expositions est indispensable en cas d'asthme allergique professionnel. Il convient donc d'informer le médecin du travail pour qu'il évalue les niveaux d'exposition et envisage avec l'employeur les mesures de prévention technique nécessaires en fonction des circonstances de travail (changement de produit, aspirations, masque de protection respiratoire...). Une visite de préreprise peut être demandée alors que le patient est encore en arrêt de travail, afin d'étudier au mieux les possibilités d'aménagement de poste, voire de reclassement.

Conséquences médico-sociales

Les asthmes allergiques professionnels, quelle que soit leur gravité et malgré la présence éventuelle d'un terrain atopique, peuvent être déclarés en maladie professionnelle chez les salariés et les fonctionnaires. Le médecin doit pouvoir certifier que le patient est atteint d'un

« *asthme objectivé par explorations fonctionnelles respiratoires récidivant en cas de nouvelle exposition au risque ou confirmé par test* ». Cependant, avant de rédiger ce type de certificat, les médecins traitants devraient contacter le médecin du travail ou une consultation spécialisée en pathologie professionnelle afin d'avoir des informations complémentaires sur l'exposition, le bilan médical à réaliser et l'opportunité de la déclaration par le patient. ⁴ Le site de la caisse régionale d'Assurance maladie d'Île-de-France** fournit des informations pratiques sur des modèles de certificat, des précisions sur les procédures, sur les avantages de la reconnaissance en maladie professionnelle (indemnités journalières, capital ou rente d'incapacité permanente, prise en charge des soins...). Le site de l'Institut de recherche et de sécurité*** détaille les tableaux des maladies professionnelles qui permettent la reconnaissance des maladies par présomption d'origine. En revanche, si l'asthme allergique professionnel survient chez un travailleur indépendant, sa couverture sociale ne prend en charge que l'Assurance maladie sans permettre la reconnaissance en maladie professionnelle. Par ailleurs, des conseils en vue d'une orientation professionnelle sont parfois sollicités pour des jeunes patients atopiques. En effet, l'exposition de sujets atopiques à des allergènes de haut poids moléculaire doit faire discuter de leur orientation

** <http://maladies-professionnelles.cramif.fr/maladies-professionnelles-declarer.php>

*** <http://www.inrs.fr>

professionnelle, en raison d'une augmentation du risque de survenue d'un asthme allergique professionnel. ² Cependant, il n'est pas pertinent d'interdire d'emblée certains métiers, car de multiples facteurs doivent être pris en compte. La prise en charge optimale d'un patient ayant un asthme allergique professionnel nécessite donc une étroite collaboration entre médecin référent, pneumologue et souvent consultation de pathologies professionnelles afin de préciser la substance responsable de l'allergie, de limiter les expositions, d'enclencher la procédure de reconnaissance en maladie professionnelle, et d'analyser les conséquences éventuelles sur l'emploi. •

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts quant à la rédaction de cet article.

RÉFÉRENCES

1. Tillie-Leblond I, Magnan A, Pauli G, et al. French Society of Occupational Medicine; Asthma-Allergy association. Asthma and allergy: short texts and recommendations of the expert conference of the French Speaking Pneumology Society (SPLF), in partnership with the French Society of Allergology and Clinical Immunology (SFAIC), the French Society of Occupational Medicine (SFMT) and the "Asthma-Allergy" association. *Respir Med* 2008;102:1483-93.
2. Dumas O, Smit LA, Pin I, et al. on behalf of the Epidemiological Study on the Genetics and Environment of Asthma. Do young adults with childhood asthma avoid occupational exposures at first hire? *Eur Respir J* 2010 Sep 30. [Epub ahead of print]
3. Choudat D, Fabriès JF, Martin JC, et al. Quantification of the dose of inhaled flour: relation with non-specific bronchial and immunological reactivities. *Eur Respir J* 1999;14:328-34.
4. Descatha A, Leproust H, Choudat D, Garnier R, Pairon JC, Ameille J. Factors associated with severity of occupational asthma with a latency period at diagnosis. *Allergy* 2007;62:795-801.

EXPRIMEZ-VOUS !

CRÉEZ VOTRE BLOG
SUR EGORA.FR

Simple & gratuit

Votre site,
avant tout

egora.fr
avec Panorama du Médecin